

N° 103

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES GRÔS

ANGIOMES

DE LA FACE

PAR L'EXCISION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

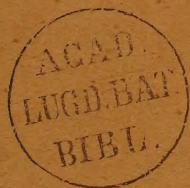
Le 28 Juillet 1899

Par M. Edouard COSSA

Né à Saint-Etienne-de-Tinée (Alpes-Maritimes)

le 13 octobre 1867

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (*). ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv...	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (*).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	BROUSSE, agrégé
Clinique ann. des mal. des vieillards.....	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	DEROUVILLE, agrégé
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire*; F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*

Examineurs de la Thèse

MM. ESTOR, <i>président</i> .	MM. IMBERT LÉON, <i>agrégé</i> .
TÉDENAT, <i>professeur</i> .	PUECH, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ses Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA CHÈRE ET REGRETTÉE MARRAINE

*Témoignage de reconnaissance pour les soins
donnés à ma première enfance.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible dédommagement à tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés.*

A MA SOEUR ET A MES FRÈRES

A MON MEILLEUR AMI G. GUILLEMET

A MES PARENTS ET AMIS

EDOUARD COSSA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Professeur de clinique chirurgicale infantile

A TOUS MES MAÎTRES

EDOUARD COSSA

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer le plan de notre modeste travail, nous voulons, selon l'usage consacré, remercier ici les maîtres éminents de cette vieille Faculté de Montpellier dont nous emportons le meilleur souvenir.

Nous voulons leur témoigner toute notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous ont donné avec tant de bienveillance et de zèle.

Monsieur le Professeur Estor, notre savant maître de clinique chirurgicale des enfants, qui nous a, pendant toute une année, enseigné l'art de la chirurgie avec sa précision et sa clarté bien connues, nous fait aussi l'honneur de présider notre thèse, après nous en avoir inspiré le sujet. Nous le prions d'agréer nos remerciements les plus sincères.

Nous ne pouvons oublier notre maître M. le Professeur Carrieu, professeur de clinique médicale, qui nous a initié le premier aux secrets de la pratique médicale. Nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance.

Que M. le professeur-agrégé Rauzier veuille bien accepter tous nos remerciements pour les bons fruits que nous avons toujours recueillis de ses consultations.

Nous avons suivi avec plaisir et intérêt M. le Professeur-agrégé Puech dans ses leçons d'obstétrique, et le charme de sa parole n'a pas peu contribué à nous rendre agréable et facile l'étude des accouchements.

INTRODUCTION

Ce n'est pas une étude générale des angiomes que nous voulons faire. Notre plan est plus restreint.

Intéressé par la question des grands angiomes de la face, nous avons voulu apporter quelques réflexions et conclusions tirées principalement d'une observation recueillie à la clinique de chirurgie infantile de M. le professeur Estor.

Notre division sera la suivante :

1° Aperçu rapide sur les angiomes en général, leur fréquence plus grande à la tête et à la face ;

2° Analyse des divers traitements employés pour les combattre efficacement ;

3° Nous nous sommes principalement réservé de chercher, dans les diverses méthodes employées dans ces cas de gros angiomes de la face, celles qui rendraient à l'humanité le plus de services.

Voilà, en résumé, le plan que nous nous sommes tracé.

Nous offrons cette sorte de synthèse à nos maîtres en leur demandant d'être indulgents, si parfois le développement de notre sujet n'a pas nettement répondu à notre idée.

Contribution à l'étude du Traitement

DES GROS

ANGIOMES DE LA FACE

PAR L'EXCISION

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Le système circulatoire, par la dilatation et l'augmentation de ses vaisseaux produit, tantôt un angiome simple ou un angiome caverneux, tantôt un angiome cirsoïde.

Les angiomes, maladie vasculaire comme leur nom l'indique, ont été placés par les anciens auteurs qui méconnaissaient leur véritable nature, dans le groupe alors si vaste des tumeurs. Aujourd'hui que le mot tumeur est devenu synonyme de néoplasme, l'usage seul continue à les laisser comme appendice au chapitre des néoplasies.

Nous les définirons avec Broca de la manière suivante :
« Les angiomes sont des productions accidentelles, constituées principalement par la dilatation et la multiplication des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines. »

L'angiome paraît bien plus se rapprocher de la malformation que de la tumeur proprement dite. C'est une malfor-

mation locale du système vasculaire, ordinairement congénitale, susceptible de s'arrêter, de rétrograder ou de s'accroître.

Il importe de distinguer des angiomes les formes télangiectasiques qui ne sont que les productions vasculaires accompagnant le développement des néoplasmes. Cette distinction est facile pour les télangiectasies des tumeurs malignes ; mais pour les tumeurs bénignes qui subissent la transformation, la différenciation est impossible ou tout au moins très difficile.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'angiome, généralement congénital, et souvent l'apanage de la première enfance, peut aussi se montrer très tard. Le sexe féminin y paraît plus prédisposé, malgré Billroth, qui est seul à avoir vu le contraire. Parker a trouvé que la proportion est de 61 % de filles.

D'après le même auteur, le siège est encore le plus souvent à la face.

Après un traumatisme, on voit souvent apparaître des angiomes ; mais est-ce bien des angiomes ou des hématomes qu'on a observé ?

La théorie populaire des « envies » confine au ridicule.

L'hérédité, qui souvent est mise en cause, n'a pu être jusqu'ici confirmée comme étiologie. On a incriminé l'état constitutionnel ou pathologique, mais on ne possède pas de preuves directes. C'est ainsi qu'on a dit que les états nerveux et hémophiliques y prédisposaient. Il est moins rare de rencontrer en même temps qu'un angiome, sur le même sujet, d'autres lésions à caractère nettement congénital qui donneraient un certain poids à la théorie embryogénique des angiomes. C'est celle qui compte le plus

d'adeptes et qui semble la plus rationnelle. Elle prouve la fréquence des angiomes de la tête, cette partie étant, de toutes les régions du corps, celle qui offre le plus de bourgeons embryogéniques, et en conséquence le processus de fusion le plus multiple.

En outre, une autre considération anatomique vient expliquer cette fréquence plus grande des angiomes de la face : c'est la présence des nombreux vaisseaux que la maxillaire interne, surtout par ses collatérales, fournit à la région, et à la face plus spécialement, à cause du tissu conjonctif qui s'y trouve et qui apporte l'autre élément constitutif de la tumeur.

L'angiome trouve donc en cet endroit les vaisseaux, le tissu conjonctif pour pouvoir s'y former de préférence. Cependant, l'existence de toutes ces conditions : vaisseaux, tissu conjonctif, fissures, etc... ne rend pas compte de tous les faits observés. L'angiome existe, en effet, quoique moins souvent, presque partout.

Les deux statistiques de Porta et de Parker sont les documents qui nous ont servi et que nous allons reporter ici.

Sur 151 cas, Porta avait noté :

Tête.....	107
Cou.....	6
Tronc.....	16
Membres.....	17
Organes génitaux.....	5

Sur 339 cas, Parker indique :

Face.....	95
Cuir chevelu.....	94
Tronc.....	96
Membres.....	42
Organes génitaux.....	12

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les angiomes se rencontrent sur tous les points du corps et ont pour siège la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muqueuses, les muscles, les os, les glandes etc...

Leur forme varie depuis celle d'une simple tache jusqu'à celle d'une tumeur d'un volume considérable. Ces dernières seules nous occuperont.

Parmi les nombreuses classifications des angiomes qui ont été proposées, celle de Virchow basée sur les caractères anatomiques facilement appréciables, est la plus scientifique.

1° Les angiomes simples, productions formées de vaisseaux nettement isolés, à parois distinctes;

2° Les angiomes caverneux, productions formées de capillaires juxtaposés et dilatés, véritable tissu aréolaire analogue à celui des organes érectiles.

Angiome simple

Il marque le premier stade du processus pathologique dont l'angiome caverneux sera l'expression la plus élevée. Dans l'angiome simple, la dilatation du capillaire, en largeur et en longueur surtout, produit son enchevêtrement. Mais en outre il y a une production nouvelle de capillaires, à en juger par le grand nombre de vaisseaux qu'on trouve tassés les uns contre les autres dans la tumeur.

En général, l'angiome simple ne présente pas de limites précises, n'est pas entouré d'une capsule qui l'isole des tissus environnants, comme le sont ordinairement les tumeurs bénignes.

Au point de vue de sa structure, Porta y signale de petites granulations du volume d'un grain de mil ou

d'un pois, qui ont pour origine la dilatation du système vasculaire des petits appareils annexés à la peau et plus ou moins indépendants les uns des autres, ce qui donne à la tumeur un aspect lobulé. Ces ilots sont séparés par du tissu conjonctif où circulent des vaisseaux, artérioles et veinules, qui envoient des branches vers chaque lobule.

Ces espaces interlobulaires représentent le hile de chaque ilot vasculaire.

Dans le lobule, les capillaires qui le composent sont non seulement dilatés, mais encore leur paroi est épaissie et constituée par des cellules endothéliales que double une tunique hyaline.

Les transitions entre capillaires, artérioles, veinules sont insensibles ; aussi la discussion pour faire dériver la tumeur de tel ou tel autre système n'est plus possible depuis les travaux de Mouret et de Suquet sur les anastomoses artérioso-veineuses. Dans les lobules, les capillaires sont séparés les uns des autres par un léger tissu conjonctif vaguement fibrillaire.

Parfois le tissu érectile arrive jusqu'au contact du revêtement épidermique : il n'en est séparé que par un mince liseré conjonctif. Dans d'autres cas la peau se présente avec tous ses éléments, mais les vaisseaux de ses organes participent au processus de dilatation. Dans certaines observations on a noté que le bourgeonnement vasculaire s'est étendu aux vaisseaux des muscles sous-jacents à la peau ; c'est alors le passage à un stade plus avancé, celui de l'angiome caverneux.

Angiome caverneux

Le tissu de ces tumeurs rappelle exactement le tissu caverneux de la verge. Des lacunes communiquant les unes avec les autres, sont formées par l'entrecroisement de trabécules blanchâtres de tissu fibreux. C'est ce tissu fibreux

qui, par irritation, agit surtout dans le traitement pour étouffer la tumeur par son accroissement.

Les cavités sont tapissées par un endothélium exagéré, analogue à celui des veines. Elles sont tantôt vides et affaissées, ou bien distendues par des globules sanguins rouges surtout, ce qui indiquerait une circulation très active dans leur intérieur.

Les angiomes caverneux constituent presque uniquement la catégorie des angiomes profonds. Les progrès de leur évolution les amènent à envahir plusieurs plans ; la tendance à former des tumeurs diffuses est un de leurs principaux caractères.

Il en est aussi de circonscrits, pourvus d'une membrane d'enkystement. D'après Virchow, cette membrane, loin de les arrêter, facilite le progrès des angiomes.

Par la dissection sur le vivant, l'on voit de nombreux jets artériels s'échapper au pourtour de la tumeur, ce qui indique que les angiomes caverneux reçoivent leur sang par des vaisseaux dilatés, artères et veines, qu'on déterminera avec soin, afin de pouvoir intercepter l'irrigation de la tumeur par les divers procédés que nous passerons en revue.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous passerons sous silence tout ce qui ne se rapporte pas aux grands angiomes de la face, et encore serons-nous bref, nous contentant de citer les principaux traits qui nous ont frappé dans les observations.

Les grands angiomes de la face débutent ordinairement d'une façon insidieuse. On s'aperçoit qu'une légère tuméfaction, d'abord indolore, augmente progressivement et devient douloureuse.

La peau est souvent normale, mince, glissant sur les par-

ties profondes avec quelques arborisations veineuses. La tumeur, dont les limites ne sont pas fixes, semble adhérer profondément.

Au toucher, on constate quelques bosselures, et on est frappé souvent par une sensation de mollesse, d'une fausse fluctuation. On peut y remarquer des battements et des souffles. Le malade étant placé la tête en bas, sa tumeur augmente de volume dans les cas d'angiomes érectiles. D'autres fois, la tumeur est dure, rénitente. Par la compression, on réduit notablement son volume ; tandis qu'en comprimant les gros vaisseaux, on obtient au contraire une augmentation. Il y a élévation de température au niveau de la tumeur. Il n'existe pas de sonorité. La face interne de la joue, les gencives, le pharynx sont normaux, sans trace de tissu érectile.

Jusqu'à ces derniers temps, on s'accordait pour faire de l'angiome une affection indolente. Trélat le premier nous a averti du contraire. Les douleurs sont dues à la compression, à l'envahissement du nerf ou à la névrite des filets inclus dans la tumeur.

M. Duzéa a groupé sous le nom de troubles trophiques un certain nombre de désordres physiques et fonctionnels qui semblent résulter des modifications de la circulation. Au niveau même de l'angiome, on peut observer la desquamation de l'épiderme, de la pigmentation, de l'altération des poils, de l'hypertrophie des glandes. etc... On a noté des crampes, des fourmillements, des ulcérations rebelles, des varices, qui paraissent être secondaires à l'évolution angiomateuse. On a même, parmi les troubles trophiques à la face, observé des hyperostoses des os sous-jacents.

Quand l'angiome simple doit subir la transformation carcinomeuse, sa surface soulève en même temps qu'elle s'élargit ; elle se recouvre de nodosités, de petites tumeurs verruqueuses. C'est une sorte de bourgeonnement ; d'où le conseil de Kœnig de se méfier des angiomes proéminents.

Au cours de cette transformation caverneuse, on remarque quelquefois des œdèmes imputables aux troubles circulatoires.

C'est surtout pendant les premières années de la vie que les transformations caverneuses se produisent. Aucune condition de temps ne préside au progrès de l'angiome. Tantôt l'aggravation survient vite : Bruns a vu, chez un enfant, la joue entière envahie six mois après la naissance.

Tantôt la marche est extrêmement lente : Bruns cite encore le cas d'un homme de 44 ans, dont le nœvus, devenu gros comme un œuf, resta vingt ans stationnaire, puis prit en deux ans une extension considérable.

Nous pouvons dire que les tumeurs vasculaires volumineuses de la face sont graves, soit par les complications qui les accompagnent assez souvent, soit par les transformations qu'elles subissent quelquefois, et surtout par l'envahissement qui peut arriver à oblitérer des cavités importantes, comme la bouche, indispensables à la vie. Il faut donc les opérer. Nous allons choisir, parmi les divers procédés, celui qui semble préférable à nos yeux.

CHAPITRE II

DIVERS TRAITEMENTS DES GRANDS ANGIOMES DE LA FACE

HISTORIQUE ET PARALLÈLE

Ils sont légion les traitements, et nous n'avons certes pas la prétention, dans un modeste travail comme celui-ci, d'en faire l'historique complet et détaillé. Nous pensons qu'on voudra bien se contenter d'un simple coup d'œil sur les principaux, ceux qui ont donné nombre de résultats concluants.

Procédons méthodiquement et classons, avec Broca, sous trois grands chefs les divers modes de traitement qui se sont disputés la préséance depuis l'époque lointaine où Ambroise Paré et Fabrice de Hilden tentèrent, les premiers, de combattre efficacement ces tumeurs :

1° Méthodes agissant par interruption du courant sanguin dans les vaisseaux, ou méthodes atrophiantes.

2° Méthodes agissant par oblitération des vaisseaux, ou méthodes perturbatrices.

3° Méthodes d'extirpation des tissus morbides, ou méthodes destructives.

I. — MÉTHODES ATROPHIANTES

Dans ce premier groupe nous parlerons seulement comme procédé direct, de la compression, et de la ligature des troncs nourriciers de la tumeur comme procédé indirect.

La compression, de quelque façon qu'on la pratique, n'a jamais fait merveille, sauf peut-être dans le cas original rapporté par Boyer (Œuvres chirurgicales). Il s'agissait d'un enfant porteur d'un petit nævus congénital de la lèvre supérieure; la mère, femme patiente s'il en fut, obtint elle-même la guérison de son fils en comprimant simplement la tumeur avec le pouce sept heures par jour, pendant plusieurs semaines !

Brainard, de Chicago, imagina de badigeonner les nævi avec du collodion. Nous n'avons pas connaissance que de gros angiomes de la face aient été guéris par ce procédé de compression.

La ligature pure et simple des gros troncs vasculaires afférents est plus digne d'attention. Elle a donné quelques succès, mais au milieu de combien d'échecs ! Il faut citer parmi les essais malheureux ceux d'A. Cooper, Brodie, Roux, Dupuytren. Plus près de nous, nous avons l'observation de Lucas-Championnière, qu'il communiqua à la Société de chirurgie (Séance du 14 mars 1894). Son malade présentait une tumeur vasculaire de la région sous-maxillaire qu'il parvint à extirper presque en totalité. Mais quantité de gros vaisseaux restèrent béants sur tout le pourtour de l'excavation et il dut placer des pinces sur leur ouverture. « Or, dit-il, il me fut impossible de toucher à aucune d'elles, ni de porter une ligature sur les vaisseaux sectionnés ».

L'idée de la ligature de la carotide externe, ou même des deux carotides externes pour les angiomes de la face, est venue s'imposer presque naturellement. Bruns échoua dans cette entreprise. La ligature de la carotide primitive, qu'il essaya ensuite, amena bien l'affaiblissement de la tumeur, mais le malade succomba à une embolie cérébrale. La même tentative faite par Lucas-Championnière sur son malade cité plus haut, n'entraîna point la mort, mais fut

tout aussi inutile : « l'hémorragie continuait comme avant si on levait la forcipresseure. »

Cette méthode ne nous paraît pas, dans la suite, avoir eu des jours plus heureux ; elle repose trop sur l'inconnu, car la vascularisation afférente de l'angiome est excessivement variable ; à côté des artères et artérioles que l'on voit, il peut y en avoir quantité d'autres invisibles ou inaccessibles qui rendront illusoires tous les efforts du chirurgien. D'ailleurs l'exceptionnelle gravité d'une semblable tentative fait que l'on ne doit jamais avoir recours à ce procédé, si ce n'est en cas de force majeure.

II. — MÉTHODES PERTURBATRICES

Le deuxième groupe est représenté par la méthode perturbatrice dont nous ne citerons que les procédés qui sont ou ont été le plus en vogue.

La première place est aux *procédés coagulants*, sous la forme d'injections interstitielles de certains liquides, injections réservées jusqu'alors à la cure des anévrysmes cirsoïdes. Lloyd (1834) crut avoir trouvé là un bon traitement des angiomes.

Que de solutions n'ont pas été employées, depuis l'acide nitrique étendu jusqu'au perchlorure de fer, en passant par l'alcool, la teinture d'iode et l'eau oxygénée ?

Seuls, la liqueur de Piazza, préconisée par M. de St-Germain (eau 60, perchlorure de fer 25, chlorure de sodium 15), et l'alcool à 40° ou 60° essayé par Delpech, à Montpellier, méritent une mention spéciale. Mais le caillot formé peut manquer de cohésion, et, battu sans cesse par le choc du courant sanguin, être entraîné dans le torrent circulatoire. Les exemples d'embolies consécutives et souvent mortelles ne sont malheureusement pas rares. Heins (thèse de Paris, 1892) parle d'un petit malade affligé d'une grosse tumeur érectile de la face et qui mourut subitement d'em-

bolie pulmonaire, sans doute après des injections de liqueur de Piazza. Il existe même un cas assez curieux d'un malade de Mauthner, chez lequel les injections de liqueur de Piazza produisirent une cécité double.

Ce grave danger des embolies est surtout à redouter pour les gros angiomes de la face, à cause de la proximité des gros troncs artériels et veineux voisins, carotides et jugulaires.

De plus, les complications d'escharres et de suppurations, en dépit de tout l'arsenal antiseptique, sont bien plus fréquentes encore que les accidents emboliques, et ont beaucoup contribué à faire désormais rejeter unanimement la pratique des injections coagulantes.

Nous devons parler ici d'une méthode sclérogène spéciale à laquelle le professeur Lannelongue a attaché son nom : celle des *injections irritantes*. Nous serons très bref, ce procédé ne comprend encore qu'un nombre très restreint d'observations. Il consiste dans des injections successives d'une solution de chlorure de zinc au 1/10. Or cette solution nous paraît trop forte. M. le professeur Estor, qui l'a expérimentée pour un nævus de l'aile du nez, relate une perforation de la membrane nasale qu'on ne peut attribuer qu'au degré de concentration trop énergique de la solution. Une solution au 1/20, tout en conservant ses effets thérapeutiques, n'aurait pas eu les mêmes inconvénients.

On connaît trois cas d'angiomes ou nævi de la face où ces injections aient été pratiquées, dont deux guérisons et un insuccès absolu.

Les deux cas qui ont été suivis de guérison ont fait l'objet d'un mémoire de M. le Dr Leubel, lu par M. Lannelongue à l'Académie de médecine dans sa séance du 1^{er} mars 1892.

Le premier, petit angiome « siégeant à la commissure de la lèvre gauche, du volume d'une très grosse noisette », ne saurait nous arrêter.

Dans le second, il s'agissait d'un « nævus pigmentaire

ancien de la joue droite ; le D^r Leubel fit une injection de 3 gouttes de la solution au 1/10 dans le centre de la base de la tumeur, qui bientôt se dessécha, en laissant à sa place une cicatrice mince et à peine apparente ».

Dans la troisième observation, de Mauclaire et de Bovis, on voit que si les injections de chlorure de zinc peuvent réussir dans le cas d'angiomes circonscrits et bénins, elles sont absolument négatives dans les grosses tumeurs érectiles à forme diffuse. Les auteurs précités ont vu le traitement échouer, « malgré six à sept séances », dans le service du professeur Lannelongue, sur une petite fille porteuse d'un angiome énorme de la joue. Leur conclusion est on ne peut plus nette : « Cette forme d'angiome généralisé, disent-ils, était sans doute trop grave pour être traitée avec succès par les injections de chlorure de zinc, qui eurent, d'ailleurs, le même sort que plusieurs autres tentatives thérapeutiques appliquées chez cette malade. »

Nous en arrivons au traitement des angiomes par l'*électrolyse*.

Quoique basé sur le même principe que les injections coagulantes — celui d'oblitérer par un caillot les vaisseaux nourriciers de la tumeur — il n'est pas passible des mêmes reproches. Nous verrons qu'il reste même toujours le traitement par excellence. Les statistiques montrent qu'il a à son actif de jolis succès, et la thèse de Heins, en particulier, avec ses 40 observations, est comme un monument élevé à la gloire de cette méthode.

Nous ne croyons pas devoir nous étendre ici, sur le manuel opératoire de l'électrolyse, dans le traitement des grands angiomes de la face ; il nous semble que notre titre ne le comporte pas. Nous ne pouvons cependant passer sous silence le nom de Ciniselli qui, s'il ne la créa pas de toutes pièces, fut du moins en Italie (en 1862) le premier et principal apôtre de cette méthode.

Elle eut, à ses débuts, quelques déboires qu'il faut attri-

buer en partie aux imperfections d'une instrumentation nouveau-née.

Les expériences physiologiques de Monoyer, Gross, Teissier, Robin, Duncan (1877) la corrigèrent. Ils donnèrent la préférence aux courants faibles, et recommandèrent de n'introduire dans la tumeur que le pôle positif, de façon à provoquer la formation dans les vaisseaux d'un caillot hémostatique et cohérent. Donc, léger processus d'irritation amenant la formation d'un caillot sanguin, telle est l'action curieuse du courant électrique. C'est, en somme, un travail sclérogène opéré sur les tissus morbides et il ne faut pas chercher ailleurs la valeur thérapeutique du procédé. Notre maître, M. le professeur Estor, ne jugea pas à propos notamment de l'appliquer sur la malade qui fait l'objet de l'observation première citée textuellement plus loin. D'abord, cet angiome avait une expansion énorme ; la peau, quoique non disséquable en totalité, était en partie mobile sur la tumeur. En outre, la malade se serait prêtée difficilement à des séances journalières et suivies d'électricité. Autant de motifs qui ont décidé M. le Professeur Estor à s'adresser de préférence à l'excision, prévoyant que dans ce cas l'extirpation partielle rendrait les meilleurs services, surtout aidée du thermo-cautère et plus tard, de l'électrolyse.

La malade en question, entrée à l'hôpital pour la première fois en décembre 1898, est revenue ensuite de temps en temps, ainsi qu'il le lui avait été recommandé. M. le professeur Estor a pu ainsi suivre de près les progrès de la guérison, qui a été très satisfaisante. Nous ne croyons pas que l'électrolyse seule eût pu donner de meilleurs ni même d'aussi bons résultats dans le cas qui nous occupe.

L'anatomie pathologique des grands angiomes de la face, dont nous avons reproduit les grandes lignes en un court chapitre, nous en semble une bonne preuve. D'abord le courant électrolytique eût été probablement insuffisant pour empêcher l'irrigation afférente de la tumeur par les

gros vaisseaux anormalement dilatés. On en a vu des cas. D'un autre côté, l'on ne peut guère se fier à l'oblitération par un simple caillot, très variable toujours dans sa composition et sa forme, alors qu'on a vu de bonnes ligatures être elles-mêmes impuissantes. Il ne nous paraît pas impossible que le caillot en question se détache à un moment donné, sous des influences diverses, soit emporté dans la circulation pour y produire presque fatalement ces embolies mortelles que nous avons vu être la pierre d'achoppement des injections coagulantes.

En outre, les souffrances continues imposées aux malades et surtout la longue durée du traitement, demeurent quand même, quoi qu'en dise Heins, dans ces cas de très gros angiomes de la face, des critiques à adresser à l'électrolyse.

En outre, l'électrolyse demandant une instrumentation assez compliquée, ne peut pas être appliquée à des malades habitant la campagne et ne se soumettant que très difficilement à un traitement qui exigerait un séjour suivi et prolongé à l'hôpital. Ces malades-là préfèrent un traitement intensif et immédiat qui leur donne plus vite satisfaction, à un traitement plus long, dont ils ne sont pas à même de comprendre les résultats éloignés.

Et, en effet, on pourrait rester pensif devant le cas de cette patiente, — c'est le môt, — opérée par Schwartz et Boudet, et dont la guérison demanda 80 séances !

Ces différentes considérations nous font préférer, dans les cas comme celui dont nous parlons, la méthode d'exérèse au bistouri, quitte à faire appel au thermo-cautère pour les parties qu'on ne peut enlever. Ce procédé est évidemment plus sanglant ; mais il procure du moins au malade une guérison plus rapide, lui évite les ennuis d'un traitement long et douloureux, et fournit de minimes cicatrices.

On doit, à notre avis, réserver la cure par l'électrolyse aux angiomes de moyen et de petit volume apparaissant

chez des personnes pouvant se soumettre aux quelques rigueurs que demande ce traitement : durée, douleurs et intelligence pour en comprendre l'importance.

Nous laissons à l'électrolyse toute sa valeur ; mais nous croyons, pour les motifs indiqués ci-dessus, que dans quelques cas particuliers, la méthode d'exérèse au bistouri peut lui être substituée avec avantage.

III. — MÉTHODES DESTRUCTIVES

Nous désirons nous arrêter d'une façon particulière sur la méthode destructive, dont l'exérèse au bistouri des tissus malades est l'expression la plus parfaite et la plus ancienne. Ambroise Paré l'a conseillée et l'a pratiquée en amputant en dehors des limites de la tumeur pour éviter les hémorragies.

Fabrice de Hilden, J.-L. Petit, John Bell, etc.... la perpétrèrent de leur temps.

Mais au cours de ce siècle, elle subit le sort de toutes les opérations sanglantes à cause des complications, abcès, etc... auxquelles le manque d'asepsie donnait lieu, et par peur surtout des hémorragies.

Le fer rouge remplace le bistouri ; puis les caustiques de de tout genre sont employés : pâtes, solutions, setons, ces derniers surtout de préférence. A. Paré est encore l'inventeur de la méthode par la simple ligature, procédé qu'il appliqua le premier sur une de ses nièces.

La tumeur est embrochée par des aiguilles au niveau de sa base ; avec des fils on la noue ingénieusement. L'opération terminée, l'angiome se trouve étreint dans une sorte de suture entortillée qui en détermine le sphacèle.

L'écrasement linéaire de Chassaignac et l'anse galvanocaustique ont eu des succès avec Trélat et Tillaux.

Le thermo-cautère remplaça l'anse galvanique, laquelle, comme rapidité, avait déjà pris la place de la simple ligature.

Caustiques, ligatures, écrasements, employés pour se mettre à l'abri des hémorragies, tombent en désuétude, à cause des cicatrices difformes, des escharres, et à leur suite, des inflammations quelquefois mortelles.

On ne voit aujourd'hui que des inconvénients à ces méthodes, et avec l'antisepsie le bistouri jouit de nos jours de toutes les faveurs. Nous en revenons donc à Ambroise Paré.

L'angiectomie actuelle, avec les avantages de l'antisepsie, est devenue à nouveau, dans certains cas, l'opération de choix.

On la pratique de deux façons :

1° La tumeur est enlevée en totalité en incisant en dehors des limites du mal ;

2° Une de ses parties seule est attaquée et enlevée.

La première méthode est l'angiectomie totale, la deuxième l'angiectomie partielle.

Dans le cas de gros angiomes de la face, il faut se demander si l'extirpation totale est possible, ce qui dépendra de la forme, des dimensions et des complications qui se présentent. En effet, à la face, l'ablation de la tumeur peut faire subir des pertes de substance difficiles à combler, et quelquefois même, malgré sa faible étendue, le vide fait pour se débarrasser du mal ne peut être rempli. Alors le malade garderait au visage une difformité plus disgracieuse, que celle qu'il avait avant d'être opéré.

MM. Forgue, Reclus, Broca, disent qu'un angiome de la face ayant trois ou quatre centimètres de diamètre en tous sens, est facilement extirpé et ne laisse après lui qu'une cicatrice linéaire.

L'angiectomie totale sera donc la méthode de choix pour les lésions de la face, toutes les fois que les dimensions le permettront. Si les dimensions de la tumeur ne permettent pas de l'extirper en entier, le traitement le plus rationnel nous semble encore l'angiectomie, mais l'angiectomie par-

tielle, avec cautérisation pour provoquer un tissu de sclérose. L'angiectomie, en diminuant les dimensions de l'angiome, produit, par sa cicatrice interstitielle, un processus rétractile qu'accentue la cautérisation, et que l'électrolyse, comme adjuvant, vient ensuite compléter.

« C'est prudemment, à petits coups, en forcipressant tous les points saignants » et en se servant du thermo-cautère ainsi que l'a fait M. le professeur Estor, que l'on procède à l'ablation du tissu érectile.

Certes, nous n'avons pas la prétention de faire le procès de l'électrolyse. Le mérite qu'elle a justement acquis dans le traitement des angiomes en général est trop ancien et trop connu pour être blâmé et mis à l'écart.

Pour la commodité de notre traitement, nous diviserons les grands angiomes de la face en deux catégories :

1° Ceux dont la perte de substance peut être comblée et qui seront justiciables du traitement par l'excision seule, totale de la tumeur.

2° Ceux dont la perte de substance ne peut être comblée seront encore traités par l'excision, mais l'excision partielle avec cautérisation au thermo-cautère pour provoquer la sclérose. Celle-ci sera ensuite facilitée et sans cesse entretenue par une thérapeutique lente et continue, l'électrolyse.

Il faut encore tenir compte, dans le traitement des gros angiomes de la face, de l'envahissement de la peau par la tumeur. Si la peau qui recouvre la tumeur n'a pas participé au processus angiomateux, elle pourra être disséquée en entier, et alors malgré l'extension et le volume de l'angiome, l'extirpation totale pourra se faire. La vaste brèche faite par l'ablation étant recouverte par la peau, que l'on avait ainsi au préalable disséquée.

Mais si au contraire la peau a participé au processus angiomateux, elle ne pourra pas être détachée de la tumeur à laquelle elle adhère intimement. Dans ce cas, la perte de

substance faite par l'ablation de la tumeur et de la peau ne peut être comblée. L'excision est alors contre-indiquée.

Si une partie seulement de la peau qui recouvre l'angiome ne participe pas au processus angiomateux, cette partie sera disséquée et la portion de la tumeur qui lui correspond traitée par l'excision.

C'est en tenant compte de ces considérations capitales, que M. le professeur Estor a employé, sur la jeune fille de son service, la méthode de l'excision partielle.

La tumeur était en partie sous-cutanée et indépendante de la peau. Cette portion de peau fut disséquée ; mais celle qui avait subi l'évolution angiomateuse fut attaquée, à plusieurs reprises, avec le thermo-cautère à pointe pénétrante de 3 centimètres. Elle n'aurait pu être enlevée à cause de la brèche que son ablation aurait laissée, et qui aurait défiguré encore plus la malade.

Si le résultat n'a pas été total, c'est à cause précisément de la portion qui n'a pu être atteinte, la peau étant envahie en cet endroit.

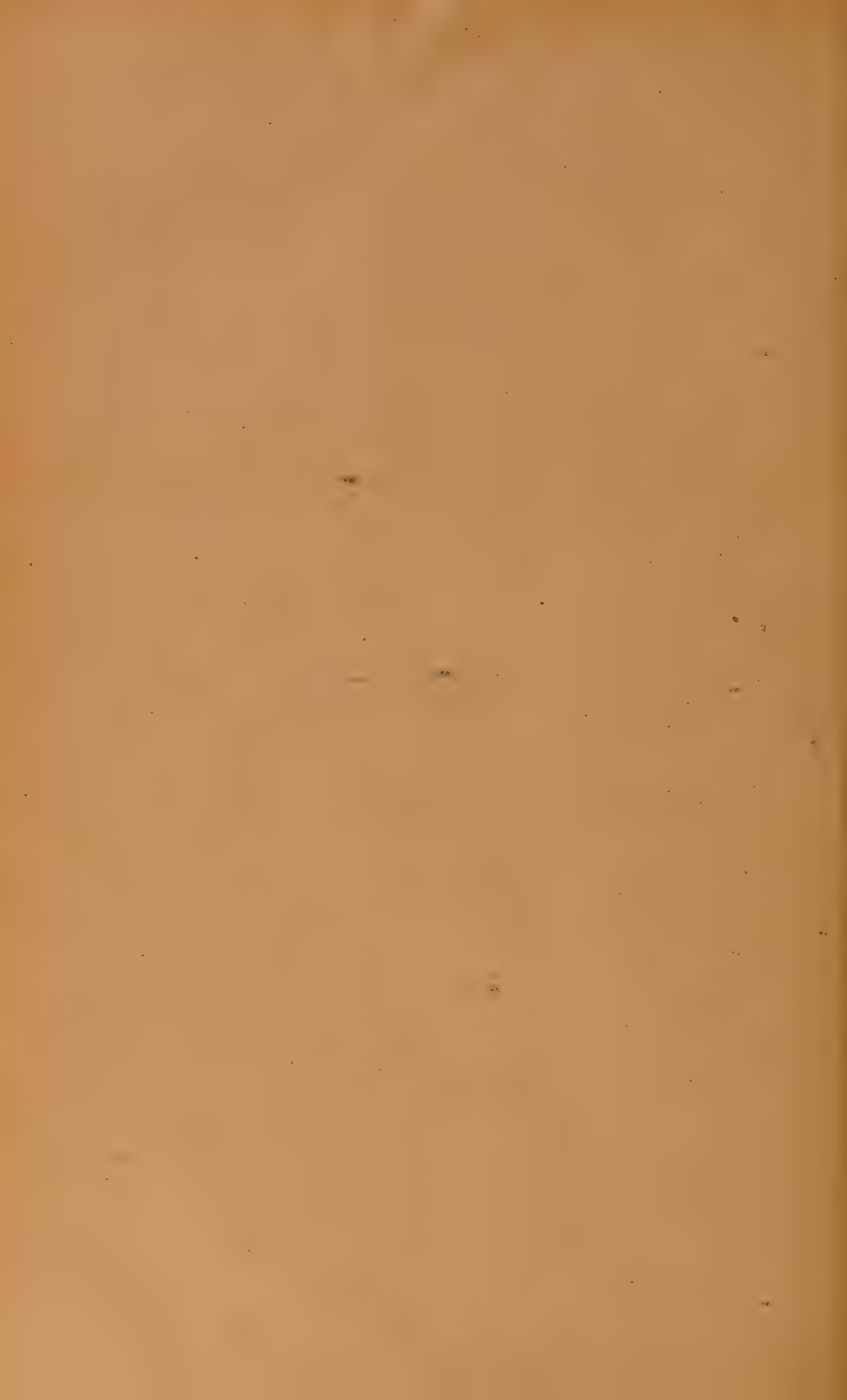
L'excision donne de bons résultats ; mais la méthode par l'électrolyse reste, avec ses magnifiques succès, la méthode de choix. Dans les cas où l'excision sera de mise, on aura, par ce traitement rapide et intensif, un résultat immédiat avec cicatrice peu apparente.

CONCLUSIONS

1° Sont opérables par l'excision totale, les gros angiomes de la face dont la brèche laissée par l'ablation peut être comblée ;

2° Sont opérables encore par l'excision totale, les très gros angiomes de la face dont la brèche laissée par l'ablation peut être recouverte par la peau préalablement reconnue disséquable ;

3° Sont opérables par l'excision partielle, ceux dont la brèche ne peut être comblée, et dont la peau qui recouvre la tumeur est en partie disséquable et en partie non disséquable. La partie de l'angiome correspondant à la peau disséquée sera enlevée, et la partie correspondant à la peau non disséquée sera traitée au thermo-cautère à pointe pénétrante, et plus tard à l'électrolyse.



CHAPITRE III

Observation I

(Service de M. le Professeur Estor.)

Grand angiome de la joue et de la lèvre droite.

Louise D..., âgée de 14 ans, entrée à l'hôpital le 18 décembre 1898, née dans le département de la Lozère.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé et ne présentant aucune difformité congénitale; quatre frères et une sœur très bien portants. Une sœur morte quinze jours après la naissance.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, et nous assure n'avoir jamais gardé le lit.

Début de la maladie actuelle. — La tumeur est apparue peu de temps après la naissance, sous la forme d'une tache rouge (naevus). L'accroissement a été très lent et la malade nous assure que pendant l'année qui vient de s'écouler la tumeur a très peu grossi.

Etat actuel le 21 décembre 1898. — Il existe une asymétrie faciale très prononcée. La lèvre supérieure dans ses $\frac{2}{3}$ à droite, est très tuméfiée et violacée. La lèvre inférieure n'est prise que sur le $\frac{1}{4}$ environ de son étendue. La peau de la joue est à peu près normale; mais dans les points qui sont à proximité de la bouche, on voit des arborisations veineuses. La muqueuse de la joue est en totalité tuméfiée et violacée. En prenant la joue entre le pouce placé dans la cavité buccale et les autres doigts situés sur la peau, on a la sensation d'une tumeur molle, dépressible, mais non complètement réductible, donnant par places la

sensation de paquets variqueux. Cette tumeur n'adhère à la muqueuse qu'en quelques points.

En somme la tumeur s'étend depuis l'orifice buccal jusqu'à la parotide, en recouvrant complètement la face externe du masséter. Elle est limitée, en haut, par l'arcade zygomatique et une ligne réunissant cette arcade à l'aile du nez. En bas, elle descend jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur.

A l'auscultation, on ne perçoit ni souffles ni battements; la tumeur paraît exclusivement veineuse. Par suite du poids de la tumeur, le nez est un peu dévié à gauche. L'orifice buccal est dirigé de haut en bas et de gauche à droite. La moitié droite de la voûte palatine, du voile du palais, ainsi que le pilier droit sont envahis par de larges arborisations veineuses, indépendantes de la première tumeur. Ces lésions ne sont pour rien dans la déformation de la face; elles sont, du reste, peu accessibles et ne seront pas enlevées.

L'angiome ne paraît pas avoir compromis le fonctionnement des muscles de la face.

L'état général est excellent. Appétit moyen. Bon sommeil.

Opération le 22 décembre 1898. — Anesthésie à l'éther. — Incision partant de la commissure labiale droite, longeant le bord inférieur du maxillaire inférieur et allant rejoindre le lobule de l'oreille. — Dans toutes les parties où la peau a sa couleur normale, c'est-à-dire dans les 2/3 postérieurs, il est assez facile de disséquer la tumeur et de la séparer de la peau en avant et des muscles masséter et buccinateur en arrière.

Dans le tiers antérieur au contraire, et principalement au niveau de l'orifice buccal, la dissection est impossible. Nous devons nous contenter en ce point de traverser la tumeur de part en part avec la fine pointe du thermo-cautère. Elle est attaquée aussi bien du côté de la muqueuse que du côté de la peau. On détruit aussi au thermo, sur tout le champ opératoire, les points qui paraissent encore suspects après excision de la tumeur.

Pendant la dissection, nous avons dû placer de 30 à 40 ligatures.

La tumeur renfermait plusieurs phlébolithes. La portion labiale et génienne de l'angiome paraît assez bien détruite; mais avant de fermer la plaie nous nous apercevons que le masséter droit est plus saillant que le gauche. Cette saillie musculaire est produite par la seconde portion de l'angiome (portion pharyngée) que nous n'avions pas l'intention d'atteindre, et qui ne nous paraît pas susceptible, en somme, d'être extirpée.

On place une mèche de gaze iodoformée immédiatement en avant du masséter pour arrêter par la compression une hémorragie en nappe peu grave. Cette mèche sort par les lèvres de la plaie qui sont suturées au crin de Florence.

Le shock opératoire a été assez léger; vingt minutes après, la malade peut répondre aux questions qu'on lui pose. Le pouls est bon; on fait cependant, par précaution, une injection d'éther et de caféine. Nous ne jugeons pas utile d'injecter du sérum.

23 décembre 1898. — Température: hier soir 37° 1; ce matin 38° 2. — Pas de dyspnée; la déglutition est difficile; les lèvres sont très tuméfiées; lavage soigné de la bouche; — nous enlevons la mèche de gaze.

24 décembre. — Température: hier soir 38° 3; — ce matin 38° 2. — Le gonflement est moindre, ni dyspnée, ni dysphagie.

10 février 1899. — Ignipuncture sur la lèvre supérieure. — A la partie supérieure de la joue qui présente encore une couleur bleuâtre, ouverture au thermo-cautère d'un abcès situé en pleine joue.

29 mars 1899. — L'enfant rentre chez elle; on a pris deux photographies de sa plaie. Elle promet de revenir dans un mois.

25 mai 1899. — La malade revient très améliorée; nous plaçons des pointes de feu profondes avec le couteau du thermo à la partie supérieure de la joue.

Observation II

In thèse de *Vivent*.

Angiome caverneux des lèvres, de la racine du nez, déformant la face.

Chez une fille de 17 ans. Deux petites taches apparurent au-dessus de la lèvre supérieure droite, trois ou quatre jours après la naissance. En même temps que la croissance, ces taches augmentèrent en surface. Leur augmentation en volume en fit peu à peu une tumeur d'aspect bleuâtre, comme framboisé.

La tumeur déforme la joue droite d'une manière considérable au niveau du maxillaire supérieur on sent une masse pâteuse subissant des modifications de volume à la pression directe et large.

La face a pris un aspect étrange. La commissure labiale droite gonflée, distendue par le sang, est à deux centimètres au-dessous de celle du côté opposé. Il existe de l'inversion de la muqueuse labiale.

En définitive, il existe une tumeur vasculaire qui a pris un volume énorme. Elle siège sur la partie droite des lèvres, le long de l'aile du nez. Elle envahit aussi la lèvre inférieure droite sur une petite étendue.

La tumeur est très molle ; elle se compose d'un tissu lacunaire dans lequel on sent des corps durs, des phlébolithes.

L'opération doit consister dans l'ablation du tissu caverneux sans perte de substance. Elle est pratiquée sous le chloroforme par le D^r Secheyron, avec l'aide de deux de ses confrères.

L'opération est précédée de l'application de pinces courbes, dites à ligaments larges, qui encadrent la tumeur au niveau des joues et des lèvres, de la narine. Une section du repli gingivolabial en dehors de la tumeur permet leur application et une perforation de la joue facilite l'application de la pince placée sur le maxillaire.

En dehors du sillon labial une incision est menée le long de la commissure de la lèvre supérieure, puis remontée vers le sillon nasal le long de la pince placée dans la région labio-nasale. Cette incision donne lieu à un écoulement de sang assez abondant. Les lèvres cutanées de l'incision sont disséquées, surtout la lèvre interne : elles mettent à découvert un tissu lacunaire, peu abondant, difficile à voir, par suite de l'écoulement sanguin. Il semble que ce tissu soit plutôt comparable à des lamelles celluluses glissant facilement l'une sur l'autre, lamelles à larges mailles, qu'au tissu érectile des corps caverneux. Dans ces mailles sont emprisonnées des phlébolithes, vraies perles nacrées blanches, au nombre de sept à dix. Les lèvres sont si bien disséquées qu'elles se trouvent réduites à deux minces lames. Du tissu érectile est enlevé du côté de la joue.

Une incision est menée au niveau de l'ampoule veineuse, le long du nez. Du sang s'échappe en abondance. Le thermo-cautère est impuissant à arrêter l'hémorragie ; plusieurs pinces hémostatiques sont mises au fond de la plaie. Un tampon termine l'œuvre des pinces. Il semble que la destruction de cette partie soit complète.

Par crainte de l'hémorragie, les pinces courbes sont laissées en place deux heures. Un pansement simple est placé sur les incisions sans sutures. Des bandes de gaze sont étendues le long de l'incision et un jeton d'ivoire long, aseptique, est lié avec du catgut aux deux extrémités de la plaie. Ainsi est établie la contention des lèvres de la plaie et l'hémostase. Les pinces sont enlevées.

Les jours suivants, la patiente se plaint de ptyalisme, de douleurs au-dessous du menton ; il existe de l'empâtement à la joue.

Le pansement est levé au troisième jour. Du pus s'échappe d'une plaie au bistouri faite à la joue, pour permettre le passage de la pince courbe encadrant la partie supérieure de la joue.

Le jeton est enlevé, il existe un point minime de sphacèle, la réunion par première intention n'a pas eu lieu, mais l'écart est minime. La plaie est peu profonde, a bon aspect.

Les lèvres sont volumineuses, tendues. Des orifices glandulaires s'échappent comme des gouttes de liquide séreux. Plusieurs pansements sont nécessaires, cinq à six, pendant un intervalle de quinze jours, pour amener la guérison opératoire.

Quinze jours après l'opération, les traces des pinces, surtout celles de la joue, étaient reconnaissables. Les lèvres étaient encore volumineuses, d'un volume bien moindre néanmoins. Sous l'influence des mouvements de flexion de la tête, dans l'action de se baisser la tête en avant, ou bien encore pendant le rictus, la tumeur doublait son volume. Notons encore que pendant le rictus la lèvre droite inférieure restait éversée et la lèvre supérieure pendante.

Pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, la malade ne pouvait retenir sa salive, ses aliments. Il est certain que des fibres musculaires avaient été enlevées. La malade était nourrie de liquides au biberon. L'amélioration était néanmoins sensible, non seulement par la diminution de volume, mais encore par le relèvement de la commissure droite et la déformation générale de la face moins accusée.

Les résultats obtenus à la fin du mois ne paraissant pas suffisants, une opération nouvelle est décidée : Sous le chloroforme, le long du bord libre des lèvres, une large excision de muqueuse est pratiquée : trois à quatre centimètres sur un centimètre, un centimètre et demi environ. Puis un grattage des rebords labiaux est exécuté. Une suture continue au catgut ferme la plaie. La guérison a lieu sans incident dans une huitaine environ. Le résultat immédiat fut favorable. La déformation des lèvres moins accusée, le renflement des joues moins manifeste rendait moins vilaine cette face d'abord hideuse.

Novembre 1893. — Six à sept mois après l'opération, j'apprends que les résultats éloignés sont convenables, mais non parfaits. La malade les déclare insuffisants et est prête pour une nouvelle intervention. Elle est très courageuse et veut avoir à tout prix une figure comme ses compagnes.

Observation III

OBSERVATION VII. — In thèse de Gazel, Montpellier 1893.

(Salle Bayle, service du professeur Dubreuil.)

L... (Charles, commerçant, 32 ans, est entré le 20 avril 1893, salle Bayle, N° 2. C'est un homme petit, mais trapu et robuste, qui ne présente aucune tare héréditaire ni personnelle.

Il est atteint depuis sa naissance d'un angiome siégeant dans la région sous maxillaire gauche. La tumeur, à peine visible au début, a progressivement augmenté de volume. Dans le courant de ces dernières années, elle est devenue assez volumineuse et est sillonnée de grosses veines bleuâtres menaçant de se perforer.

Il y a trois mois, l'une de ces dilatations veineuses s'est fortement accrue, a pointé vers l'extérieur et s'est ulcérée à plusieurs reprises, en donnant lieu à une hémorragie assez importante et difficile à arrêter. Des hémorragies répétées ont décidé le malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on note un angiome typique de la région sous-maxillaire gauche, de la grosseur d'un œuf de poule. Il existe quelques grosses veines menaçant de se rompre.

On tente tout-d'abord l'ignipuncture. La première séance est faite le 26 avril.

On introduit l'anse de platine rougie du galvanocautère dans la tumeur en quatre endroits, principalement dans les points où existent les grosses veines variqueuses. Cette cautérisation peu douloureuse est suivie d'une hémorragie assez abondante qui nécessite l'emploi, pendant deux heures, de pinces à forcipressure placées au niveau des orifices de cautérisation ; ces pinces enlevées, on fait un pansement fortement compressif.

Le 1^{er} mai, on fait une nouvelle cautérisation au galvanocautère ; on pénètre par les orifices anciens, et on en fait un cinquième. L'hémorragie est encore abondante, mais cède sous un

pansement fortement compressif. Les jours suivants on ne note aucune amélioration.

Le 6 et le 13 mai, on fait de nouvelles cautérisations profondes par les orifices anciens. Il semble que la tumeur diminue de volume.

Le 16 et le 20 mai, on fait de nouvelles cautérisations avec la fine pointe du thermo-cautère. On détruit ainsi toute la tumeur. Il n'existe qu'une coque de tissu fibreux qui se rétracte rapidement.

Les jours suivants, on bourre cette cavité, formée anciennement par la tumeur, avec de la gaze iodoformée. Cette gaze est renouvelée tous les deux jours ; à chaque pansement, on constate une diminution de volume de la cavité qui se comble rapidement.

Le 1^{er} juin, le malade presque complètement guéri, quitte l'hôpital. Il ne reste plus trace de son angiome qui est remplacé en grande partie par un tissu fibreux résistant.

Notons enfin que dans le cours du traitement on n'a pas noté un seul jour de fièvre. Le malade n'a jamais gardé le lit ; il a toujours eu un excellent appétit, et n'a cessé de marcher et de se promener comme s'il n'était pas en traitement.

M. DELANGLADE

(*Marseille Médical* N° 14, 1899)

Angiome de la Face

La fillette que je vous présente est âgée de 10 ans. Elle porte un volumineux angiome qui occupe tout le côté droit de la face et se prolonge à gauche le long de la ligne qui réunit au conduit auditif la commissure buccale, (fait intéressant au point de vue de la théorie fissuraire de Virchow). Les gencives et la face interne des joues sont aussi angiomateuses. Enfin

lorsqu'on nous a conduit l'enfant, on voyait s'élever du bord alvéolaire une tumeur érectile du volume d'une framboise, nettement pédiculée et qui donnait lieu à des hémorragies répétées. Cette tumeur a été extirpée le 27 mai par section de son pédicule au thermo-cautère. L'écoulement sanguin immédiat a été arrêté par un petit tamponnement. Les hémorragies ont repris six jours après, se reproduisant, chaque nuit, et inquiétantes par l'état d'anémie où elles avaient amené l'enfant. Je remarquai alors la présence d'une dent cariée en plein foyer, et la fis extirper. Depuis, l'enfant n'a plus perdu une goutte de sang. L'infection minime qui se faisait à ce niveau paraît donc avoir bien été la cause unique des hémorragies.

LEÇON DE PÉAN

A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Sur le morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs

In Gazette des Hôpitaux, 1888

M. Péan cite le cas d'une jeune fille qu'il opéra, et dont la joue gauche était complètement envahie par un angiome veineux et artériel. « Nous commençâmes, dit-il, par comprimer avec les doigts et les pinces, les parties molles qui l'entouraient, de façon à empêcher le sang de circuler dans les vaisseaux afférents et efférents des lèvres, du nez, de la joue et de la paupière inférieure. Les pinces qui furent mises en usage avaient précisément la forme et la longueur voulues. Dès que l'hémostase préventive fut assurée, nous incisâmes sur le milieu de la tumeur les téguments et le tissu morbide, puis avec le bistouri et les pinces nous enlevâmes par dissection tout ce tissu en le morcelant, de sorte que l'ablation totale eut lieu sans perte de sang. — Vous comprenez qu'ici l'hémostase était de la plus haute importance étant donné le jeune âge du sujet. »

COMMUNICATION

FAITE A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 4 août 1880 par M. Notta.)

Tumeur Kystique ou angiome caverneux de la parotide :

Marie G... âgée de 51 ans, entre à l'hôpital de Lisieux, le 27 juillet 1880.

Cette femme, d'une bonne santé, habite la campagne où elle se livre aux travaux des champs. Il y a 4 ans, sans cause appréciable, elle remarqua au-dessous du lobule de l'oreille, au niveau de l'angle de la mâchoire, une tumeur mobile, indolente, du volume d'une noisette ; cette tumeur augmenta d'abord d'une façon presque insensible, mais, depuis un an, elle a au moins grossi de moitié. Bien qu'elle ne soit le siège d'aucune douleur ni d'aucun élancement, son volume gêne la malade et c'est ce qui la décide à venir nous consulter.

La tumeur est située dans la région parotidienne droite et s'étend depuis le niveau du tragus jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Elle a le volume de la moitié d'une orange. Elle est mollassse et donne une sensation de fluctuation. Sa surface est unie ; cependant il semble que l'on distingue quelques lobes à travers le tégument. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, qui n'est pas adhérente.

Si l'on prend la tumeur entre les doigts, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité, et elle ne paraît pas adhérer aux parties profondes. Dans quelques points de sa circonférence, on perçoit la sensation d'un bord plus ferme que le reste de la tumeur. Ajoutons qu'elle est indolente à la pression et qu'il n'y a aucun engorgement ganglionnaire. L'état général est excellent. — Nous crûmes tout d'abord avoir affaire à un lipome ; la mollesse de la tumeur, son développement, l'absence de douleur pouvait justifier ce diagnostic.

L'opération fut pratiquée le 29 Juillet. Une incision de 12 cm. parallèle au bord postérieur du maxillaire inférieur, met à nu la surface externe de la tumeur. Celle-ci est attaquée par sa partie inférieure, l'énucléation en est assez difficile ; quelques kystes se crèvent et laissent échapper un liquide sanguin ; d'autres kystes se prolongent derrière le bord postérieur de l'os maxillaire. Ils paraissent avoir pris naissance à la face profonde des deux tiers inférieurs de la glande parotide. Le tiers supérieur paraissant sain, est respecté. Toutefois le nerf facial a été coupé et une paralysie faciale en fut la conséquence. Une dizaine de ligatures ont été appliquées sur des artères dans le cours de l'opération. La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée, et réunie ; un drain est placé au centre et le pansement de Lister est appliqué.

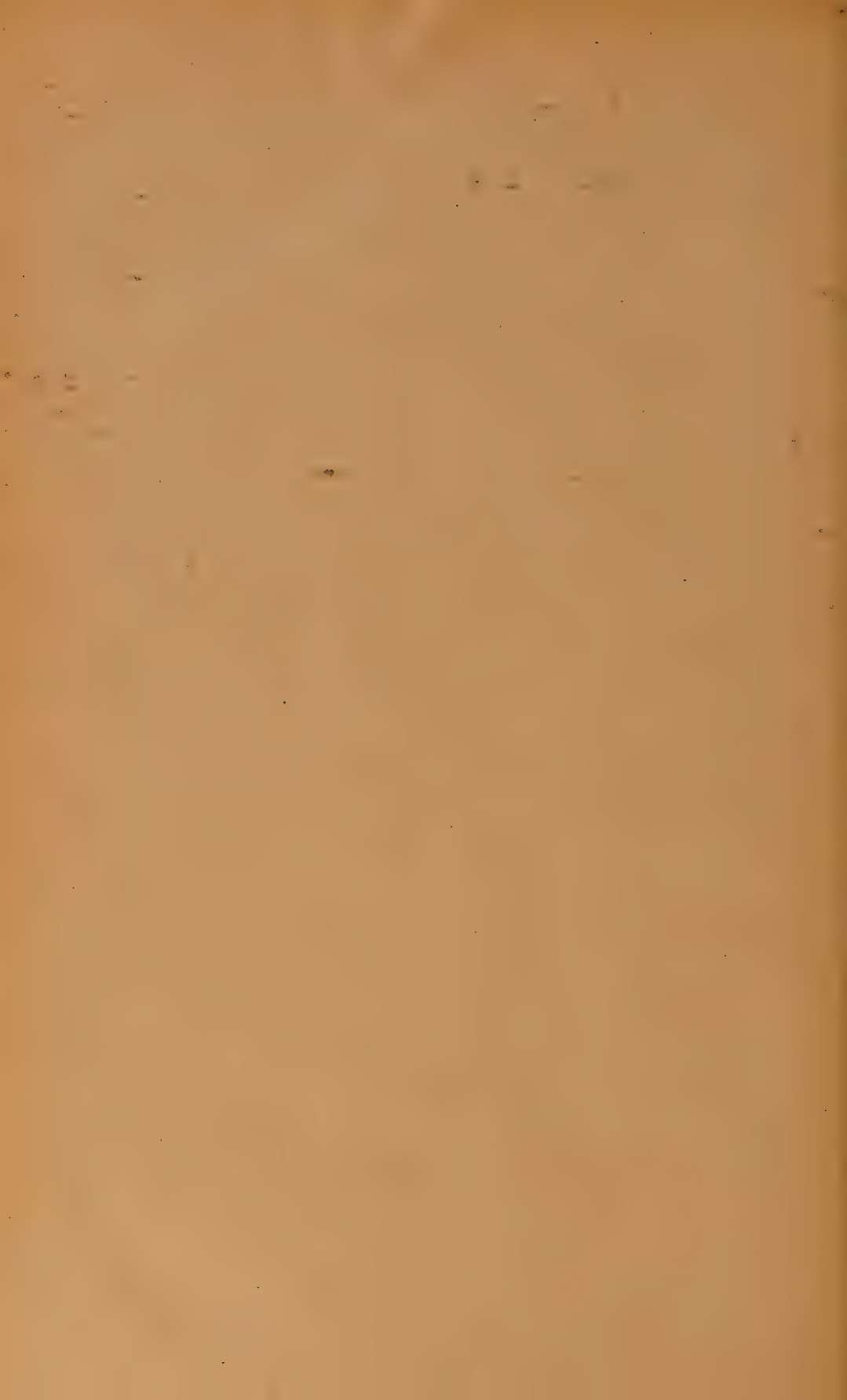
Les suites de l'opération ont été des plus simples. La malade s'est levée au bout de huit jours, et aujourd'hui, 7 août, la plaie est presque entièrement réunie, sauf les points qui donnent passage aux fils à ligature.

La tumeur est formée par une série de kystes remplis de sang noir, indépendants les uns des autres. A sa partie inférieure est une masse arrondie, de la grosseur d'une aveline, ressemblant à un ganglion lymphatique. En l'incisant, on voit à la coupe qu'elle est composée d'un tissu amorphe, grisâtre, dans lequel sont creusées deux petites cavités remplies de sang noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE (Paris 1883)

(Extrait de l'observation de Poulet, prof. agrégé au Val-de-Grâce :)

Angiome pulsatile de la région temporale et du pavillon de l'oreille, consécutif à une contusion. — Accroissement progressif pendant sept ans. — Première opération : Ligature de la temporale et sept injections de perchlorure de fer en deux mois. — Réapparition rapide des pulsations. Deuxième opération : extirpation et guérison.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BASTIANELLI, — *in Bulletino della Società Lancisiana, Roma, 1880.*

CINISELLI. — *in Gazette médicale de 1866.*

DE S^t GERMAIN. — *Gazette des Hôpitaux, 1887.*

DIDIER. — Thèse de Paris, 1887.

DUCHEMIN. — Thèse de Paris, 1880.

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, (article de Quénu).

FORGUE et RECLUS. — *Thérapeutique chirurgicale.*

HEINS. — Thèse de Paris, 1893.

MAUCLAIRE ET DE BOVIS. — *Les Angiomes.*

M^{lle} PASTERNAK. — Thèse de Paris, 1893.

PÉAN. — *in Gazette des Hôpitaux*, novembre 1892.

POULET. — *Bulletin de chirurgie*, 1883.

RECLUS. — *Bulletin et Mémoires de la société de chirurgie*,
Paris 1882.

RÉDARD. — *Gazette médicale*, Janvier 1890.

SCHRUMPF. — *Gazette médicale de Strasbourg* 1881.

VIVENT. — Thèse de Paris, 1887.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 12 Juillet 1899.

Le Recteur,
A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 19 Juillet 1899.

Le Doyen,
L. VIALLETON.

